MINISTERUL AFACERILOR INTERNE
CORPUL NAŢIONAL AL POLIŢIŞTILOR

Str. Mihai Vodă nr. 6, Sector 5, Bucureşti
Telefon/fax: 021.3145413
E-mail: cnp@cnpromania.ro
Web: www.cnpromania.ro

APROB,
PREŞEDINTE CONSILIU TERITORIAL
din .....

VIZAT PENTRU CONTROL FINANCIAR PROPRIU – TREZORIER

CERERE
pentru acordare ajutor medical

Gradul profesional ..... Numele şi prenumele .....

Adresa .....

CNP														

Loc de muncă .....
(unitate, subunitate) (secţie, serviciu, compartiment)

Membru CNP din anul ....., în prezent Poliţist activ ☐ Pensionar ☐ Altă situație ☐
am beneficiat/nu am mai beneficiat de ajutoare în calitate de membru.

Solicit acordarea unui ajutor medical în sumă de ..... lei, necesară pentru (scurtă prezentare a situaţiei de fapt)
.....
.....
.....
.....
.....

Anexez următoarele documente:

- ☐ împuternicire, pentru altă persoană decât membrul CNP sau un membru de familie al acestuia
- ☐ copie după actul de identitate al solicitantului
- ☐ copie după ultimul fluturaş de salariu din care rezultă calitatea de membru al Corpului
- ☐ copie după certificatul de căsătorie, în cazul solicitării de ajutor pentru soţ/soţie
- ☐ copie după certificatul de naştere, în cazul solicitării de ajutor pentru copii
- ☐ copii după documente medicale care să justifice acordarea ajutorului (facturi, chitanțe etc.)
- ☐ alte documente considerate utile pentru analiză și evaluare

Solicit plata:

- în numerar la casierie ☐
- prin virament ☐ în contul deschis la Banca ..... Sucursala/Agenţia .....

Număr cont bancar (se completează numai în cazul plăţii prin virament):

Telefon: mobil .....
acasă .....
serviciu .....

Data: ___.___._____

Semnătura: .....

AVIZAT – CONSILIU TERITORIAL		**SE ACORDĂ SUMA DE:**